

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THESE **340**
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Roger-Marcel COURTIN

Né le 27 Juin 1909, à Paris

Quelques cas d'Images Radiologiques
pseudo-tuberculeuses du poumon

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Roger-Marcel COURTIN

Né le 27 Juin 1909, à Paris

Quelques cas d'Images Radiologiques
pseudo-tuberculeuses du poumon

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1937

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAM.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCOQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.

MM.	
LACOMME	Pathologie médicale.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Obstétrique.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MII J. LEVY.	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anat. pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TROISIER	Pathol. expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anat. pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM	
BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	Clinique obstétricale.
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

*En témoignage de reconnaissance pour
tous les sacrifices qu'ils se sont imposés
pour moi.*

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de toute ma reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

LE PROFESSEUR SERGENT.

LE PROFESSEUR DELBET.

LE DOCTEUR SCHWARTZ.

LE DOCTEUR LIAN.

LE DOCTEUR PRUVOST.

LE DOCTEUR BRULÉ.

LE DOCTEUR HALLÉ.

LE DOCTEUR ROUX-BERGER.

LE DOCTEUR DE GAUDART D'ALLAINES

LE DOCTEUR DONZELOT.

LE PROFESSEUR LEMIERRE.

AU DOCTEUR MICHEL
Médecin Honoraire des Hôpitaux

Témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

AU DOCTEUR PELLISSIER
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin-Chef de la Cité Universitaire

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail
et guidé de ses précieux conseils. Té-
moignage de reconnaissance pour sa
grande bienveillance.*

INTRODUCTION

On connaît depuis longtemps déjà les difficultés du diagnostic de certains abcès du poumon à leur période initiale.

Nombreux sont les cas où fut commise l'erreur de confondre une inflammation du poumon, en voie d'abcédation, avec une imprégnation tuberculeuse.

Dans la plupart des cas cette erreur peut être redressée, d'une part grâce à l'examen bactériologique de l'expectoration, et d'autre part grâce à l'examen radiologique, celui-ci classiquement permet de trancher le diagnostic.

Cependant nous avons été frappés par quelques cas cliniques qui nous ont paru intéressants, car l'image radiologique avait un aspect tel, que sans l'histoire clinique et bactériologique nous aurions été amenés à poser un diagnostic de tuberculose pulmonaire.

De tels faits nous ont paru justifier ce modeste travail ; en effet, s'ils sont déjà connus nous croyons utile d'y insister, car, comme nous le verrons, l'erreur fut commise dans plusieurs cas.

Nous étudierons en détail une observation dans laquelle s'oppose nettement, l'évolution clinique qui

était tout à fait en faveur d'une affection pulmonaire aiguë banale, et les images radiologiques qui évoquaient nettement l'idée d'un foyer de tuberculose pulmonaire chronique.

D'ailleurs les suppurations pulmonaires peuvent donner des images pseudo-tuberculeuses d'allure différente, et dans un cas que nous rapporterons le processus broncho-pneumonique à son début donnait une image de cortico-pleurite avec épanchement tout à fait typique.

Ces images radiologiques trompeuses et pseudo-tuberculeuses ne sont pas des faits propres aux abcès pulmonaires et nous citerons des cas de fausses images tuberculeuses réalisées par la gangrène pulmonaire diffuse ou abcédée, par un cancer du poumon, par une syphilis pulmonaire.

Dans un autre ordre d'idée nous rapporterons de fausses images de bacilloses pulmonaires au cours des affections cardiaques.

Enfin les médecins militaires ont constaté, en faisant pratiquer des examens radiographiques systématiques au cours de la grippe, l'existence de petites images simulant une tuberculose au début de son évolution.

Bref il n'est pas rare que, sur le constat d'une certaine image radiologique on posé le diagnostic de bacilliose alors qu'il s'agissait d'une autre étiologie.

La question des images radiologiques pseudo-

tuberculeuses mériterait une vaste étude d'ensemble, tant les causes d'erreur sont fréquentes et les critères précis encore mal classés ; mais le but de ce présent travail n'est pas de faire le tour d'un pareil problème, nous nous bornerons à relater quelques cas précis dans lesquels la radiologie fournissait des images telles, qu'habituellement on les attribue à la bacillose, et restant dans le domaine de la pratique quotidienne nous n'entrerons pas dans la discussion de ces fausses images tuberculeuses, notre but sera atteint si nous avons montré à l'aide de quelques exemples choisis qu'il n'y a pas d'image pathognomonique en radiologie, que la bacillose donne des aspects radiologiques capables d'être imités par d'autres affections, et qu'en définitive on ne doit jamais étayer un diagnostic pneumologique sur les seuls éléments radiologiques.

La clinique, obligatoirement, vient à l'aide des rayons X et elle est loin d'avoir encore perdu ses droits.

PREMIÈRE PARTIE

ABCÈS DU POUMON ET IMAGES RADIOLOGIQUES
PSEUDO-TUBERCULEUSES

CHAPITRE PREMIER

IMAGE DE LOBITE TUBERCULEUSE RÉALISÉE PAR UN ABCÈS DIFFUS DU POU MON

Il s'agit d'une infirmière de trente-trois ans affectée à un service de radiologie ; inquiétée depuis six mois par une asthénie et par un amaigrissement régulier, alarmée par une « grippe » que caractérisait un état fébrile $38^{\circ}5$ à 39° , des courbatures, rachialgie, et une légère angine, elle demanda à une collègue de lui prendre un cliché radiographique du thorax. Elle se rendit ainsi compte de l'anomalie de son image pulmonaire et s'empressa de montrer son épreuve à son chef de service, celui-ci constata la présence d'une ombre ovoïde tout contre la partie gauche du pédicule vasculaire du cœur, ombre de même diamètre transversal que la portion ascendante de la crosse de l'aorte à contours nettement délimités en dehors, confondue en dedans avec l'ombre aortique dont elle avait la même opacité.

Il semble bien qu'il ait pensé à ce moment là à une affection aortique car il a immédiatement envoyé sa collaboratrice consulter un éminent cardiologue...

Le lendemain, c'est-à-dire le 26 mars 1936, la malade est restée à la chambre, mais alors que les jours précédents elle n'éprouvait en dehors de son asthénie, aucun malaise elle s'est mise à souffrir de douleurs pongitives de l'hémithorax gauche, principalement en haut et en arrière, dans la région des premières vertèbres dorsales.

Très inquiétée par ces douleurs survenant après la découverte radiologique, elle se rendit le 27 mars dans son service et, clandestinement, elle se fit une nouvelle radiographie thoracique.

Ce deuxième cliché montrait une image en apparence plus volumineuse que la première : différence due en réalité, si l'on en juge par l'augmentation proportionnelle des projections osseuses, à un éloignement plus grand du thorax de la plaque sensible ; ce qui frappait surtout sur ce nouveau cliché c'est le caractère beaucoup plus flou du bord gauche de l'opacité anormale, on abandonna alors l'hypothèse d'une affection vasculaire pour penser à une affection médiastinale ou pulmonaire.

Sans plus attendre Mme C... décida de se faire hospitaliser à l'hôpital Laënnec dans le service du Docteur L. Ramond.

Ce n'est pas la première fois qu'elle fut hospitalisée ; en 1921, à l'âge de dix-neuf ans, elle fut soignée pour une angine diphtérique suivie d'une paralysie du voile du palais.

En 1923, à la suite d'un accouchement normal, elle fit une phlébite compliquée d'embolie pulmo-

naire avec pleurésie droite, le rétablissement fut ensuite très laborieux.

En 1931 elle a subi la résection de la vésicule biliaire pour une cholécystite calculeuse.

En 1935 elle a dû interrompre son service pendant quatre mois pour fatigue et amaigrissement de dix kilogrammes en six mois. A cette époque on lui trouva un peu de pachypleurite de la base droite et, aux rayons X, quelques taches suspectes dans la région susclaviculaire du poumon gauche.

C'est précisément cet antécédent qui a fait craindre alors à cette malade la possibilité d'une poussée de tuberculose pulmonaire.

Enfin vers le mois d'octobre dernier elle a présenté de l'affaiblissement de la voix en rapport avec des nodules des cordes vocales dont l'ablation a été pratiquée.

Une autre raison de craindre chez cette malade la tuberculose pulmonaire c'est qu'elle avait été mariée une première fois avec un homme qui est mort bacillaire en 1926.

Depuis elle s'est remariée avec un conjoint bien portant.

Sur les deux enfants qu'elle a eu de son premier mariage, le premier est mort d'une broncho-pneumonie morbilleuse à l'âge de six mois, le second qui a treize ans jouit d'une excellente santé.

Son père porte ses soixante-seize ans allègrement, sa mère est morte à cinquante-six ans de gangrène pulmonaire.

Depuis l'ablation des nodules des cordes vocales, l'état général était satisfaisant, la malade d'aspect floride et plutôt grasse ne se plaignait que de douleurs thoraciques très supportables d'ailleurs. Cependant elle toussait et elle expectorait des petits crachats blancs jaunâtres sans odeur, mucopurulents, cette expectoration qui durait depuis sa « grippe » s'était augmentée progressivement. La malade n'avait jamais fait de vomique, son entourage n'avait jamais été frappé par la fétidité de son haleine, l'examen somatique était entièrement négatif. Il n'existait aucune modification pathologique appréciable à l'inspection, palpation, percussion, ou à l'auscultation.

Le cœur était régulier sans souffle.

La tension artérielle 12-9 au Vaquez.

L'abdomen était souple et indolore.

Le foie et la rate étaient normaux.

On ne trouvait nulle part d'adenopathie.

Les urines étaient foncées plutôt rares mais sans albumine ni sucre.

La température oscillait entre 38°3 le soir et 37°5 le matin.

Les téguments et les muqueuses étaient bien colorés, d'ailleurs l'examen du sang pratiqué systématiquement comme c'est l'habitude chez le personnel soumis à l'action des rayons donnait en mars 1936 les résultats suivants :

<i>Hématies</i>	4.100.000
<i>Leucocytes</i>	7.200
<i>Hémoglobine</i>	85 %

F. L.

Polynucléaires	66
Mononucléaires.	14
Lymphocytes	8
Eosinophiles.	10
Formes de transitions	2

A ce moment la discussion du diagnostic gravitait autour de l'ombre aortique.

S'agissait-il d'un anévrysme de l'aorte ? Le caractère principal de cette ombre était d'être située au voisinage de l'aorte, ses contours étaient réguliers, son opacité était uniforme en position frontale et oblique.

Le fait que cette ombre n'était pas animée de battements ne détruisait pas l'hypothèse d'un anévrysme puisque nous savons aujourd'hui que ces caractères sont relativement rares au cours des ectasies aortiques. Cependant si l'on regardait attentivement le deuxième cliché on notait la modification des bords de cette ombre devenus moins nets donnant l'impression d'une infiltration dans le parenchyme pulmonaire voisin ; de plus contre ce diagnostic s'élevait l'absence de tout signe cardiaque ou vasculaire et on ne retrouvait aucun stigmate de spécificité. Une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang demeura négative.

S'agissait-il d'une anomalie d'un des organes contigus à l'aorte ?

L'éventualité d'une tuméfaction ganglionnaire devait être discutée.

a) Une adénopathie tuberculeuse n'était pas une supposition admissible, celle-ci n'existant pas pratiquement isolée chez l'adulte.

b) Cette infirmière étant en contact journalier avec les rayons on pouvait songer à une adénopathie leucémique, en effet cette affection est relativement fréquente chez les radiologues.

Cependant cette hypothèse devait être rejetée car cette leucémie eut été une leucémie myéloïde avec une hypertrophie de la rate, il aurait existé des adénopathies externes et un état d'anémie plus ou moins marqué.

c) Une Maladie de Hodgkin, à forme médiastinale, aurait pu être envisagée, en effet la Lymphogranulomatose maligne peut réaliser un syndrome analogue, mais là encore seule la présence de 10 % d'Eosinophiles plaiderait pour cette affection. L'absence complète de tous les autres symptômes ne permettait pas de s'arrêter à cette hypothèse.

d) Une adénopathie cancéreuse était bien peu probable, le siège habituel de cette affection étant la région du hile.

Evidemment cette femme avait subi une intervention sur le larynx mais celle-ci était dirigée con-

tre des nodules que nous savons de toute évidence bénins.

Nous pouvions sans discuter éliminer une médiastinite simple ou syphilitique.

Une pleurésie médiastinale aurait eu une allure plus aiguë, ne se serait pas accompagnée d'expectoration, celle-ci traduisant l'atteinte du parenchyme pulmonaire. Nous étions donc arrivés à la conclusion que seule une affection pulmonaire pouvait expliquer le cas clinique.

On aurait pu soutenir en se basant sur la régularité des bords et l'absence de toute séméiologie physique qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du poumon mais, les caractères de l'expectoration, l'extension rapide du processus, ne cadraient pas avec ce diagnostic.

On pouvait donc conclure à un processus pulmonaire inflammatoire, tuberculeux ou aigu banal. Tout concordait, le début fébrile à allure grippale de la maladie, les douleurs thoraciques, la toux, l'expectoration ; il restait donc à en discuter l'origine.

Pour la nature tuberculeuse de cette pneumopathie plaidait la cohabitation avec un mari phthisique, l'asthénie, l'amaigrissement des derniers mois, l'histoire de l'épisode d'asthénie prolongée de l'année précédente, l'image radiologique observée, à cette époque ; la pachypleurite droite avec sinus comblé, l'arborescence des hiles, la présence de quelques nodules calcifiés dans les deux champs

pulmonaires et enfin le léger grisaille du sommet gauche. A cette époque et pendant six mois la malade avait craché et toussé.

Nous pouvions penser à une affection pulmonaire aiguë évoluant vers un abcès de poumon, sans doute s'agissait-il d'un abcès chaud simple, à pyogènes vulgaires, secondaire à un foyer de broncho-pneumonie grippale, car on ne trouvait aucune cause d'infection de voisinage, l'intervention sur le larynx n'était pas assez récente, il n'existait aucun signe de diverticule œsophagien, aucune affection générale ou à siège éloigné qui justifiait l'origine métastatique de cette suppuration.

Nous pouvions éliminer l'existence d'un abcès putride ou gangréneux en l'absence de la fétidité de l'haleine et des crachats.

Aucune dysenterie ne pouvait faire admettre l'origine amibienne.

Le diagnostic ainsi aiguillé vers une infection broncho-pneumonique en voie d'abcédation va se trouver les jours suivants confirmé.

Absence de bacille de Koch à l'examen direct et après homogénéisation et présence dans les crachats de nombreuses chaînettes de streptocoques et nombreux micrococci catarrhalis.

Une nouvelle radiographie montrait une image légèrement différente, les bords de l'ombre étaient beaucoup plus diffus, des travées gagnaient le sommet, l'ombre était beaucoup moins homogène et présentait des parties plus claires.

Puis le 5 avril la malade fut prise d'un frisson en même temps que la température s'élevait à $39^{\circ}5$, cet épisode dû à une poussée d'angine rouge avec un petit point blanc sur une amygdale a duré trois jours.

Tout semblait rentrer dans l'ordre lorsque le 9 avril la malade fut prise de nouveaux frissons en même temps que la température s'élevait à $41^{\circ}3$. Le jour suivant on trouvait un foyer pneumonique au sommet gauche et un foyer à la base gauche, la température oscillait pendant cinq jours entre 40° et 41° .

Le 13 avril elle redescendait à 38° pour osciller les jours suivants entre 38° et 39° .

Le 15 avril on trouvait une matité franche à la base gauche, une ponction exploratrice a ramené un liquide jaune sale, visqueux, envoyé au laboratoire pour examen bactériologique, on y a trouvé du streptocoque.

L'état de la malade demeure stationnaire malgré le traitement : évacuation du liquide par ponction, injection sous-cutanée d'huile eucalyptolée et ingestion de huit comprimés de Rubiazol.

Le 1^{er} mai la température est descendue au-dessous de 38° , mais continuait à osciller entre $37^{\circ}4$ et 38° .

Puis le 17 mai nouvelle poussée fébrile oscillante entre 38° et 40° , résistant à une ponction de

500 cc., on décida l'intervention chirurgicale qui fut pratiquée le 25 mai sous forme de pleurotomie.

A la suite de cette intervention la température descend pour se maintenir au-dessous de 38° et enfin revient à la normale, le 28 juin on retirait le dernier drain et le 4 juillet la malade quittait l'hôpital apparemment guérie.

Une radiographie pratiquée à cette époque montrait un nettoyage presque complet du sommet gauche et un très léger niveau liquide de la base gauche.

La malade partit se reposer à la campagne jusqu'au mois de septembre ; mais à cette époque, se sentant fatiguée et toussant de nouveau, elle retourna au dispensaire Léon Bourgeois où l'on pratiqua un nouvel examen radiologique qui montra la réapparition d'une image, opaque, homogène, aux contours nets, ayant envahi tout le sommet gauche, et naturellement une symphyse du sinus gauche qui était entièrement comblé.

Devant l'image radiologique on pensa à la possibilité d'une tuberculose pulmonaire et on pratiqua un nouvel examen des crachats qui demeura encore négatif à l'homogénéisation.

Les cobayes inoculés le 10 octobre n'en moururent pas, leurs autopsies pratiquées le 8 décembre ne révéla aucune lésion tuberculeuse.

La malade eut son congé prolongé de trois mois, pendant lesquels elle fut suivi régulièrement.

Le 17 novembre son état s'était nettement amélioré et la malade fut remise au Rubiazol.

Depuis cette époque son état de santé est satisfaisant, l'appétit est bon, le poids a plutôt tendance à augmenter ; cependant la malade continue à tousser et à cracher le matin par période.

Jusqu'en janvier 1937 la malade continua à prendre du Rubiazol.

En février, devant la persistance de l'image radiologique, on lui fit quotidiennement des injections intra-veineuses d'alcool de 10 cc. à 33 % et il semble sur le dernier cliché qu'il y ait eu une légère amélioration radiologique.

Nous voyons que l'histoire de cette malade fut d'un bout à l'autre particulièrement intéressante. Dans une première phase le diagnostic de suppuration pulmonaire semblait probable, malgré le doute apporté par l'aspect radiologique, doute tel que l'on a dû pratiquer à maintes reprises des examens bactériologiques, examens directs, homogénéisation et inoculation aux cobayes, ces examens ne suffisant pas à éliminer d'une façon définitive le diagnostic d'une condensation tuberculeuse.

En effet sur une radiographie pratiquée en avril 1935 on avait noté déjà une grisaille du sommet gauche et c'est justement là que va évoluer cette condensation suspecte, d'autant plus qu'après une phase pendant laquelle l'ombre semble parfaitement limitée (Schéma I), on voit apparaître autour de



Schema I



Schema II

cette ombre un semis diffus de taches non homogènes, qui tendent à envahir tout le lobe supérieur du poumon gauche, cette image simulant à s'y méprendre celle que l'on est accoutumé de voir dans certaines bacillooses pulmonaires (Schéma II).

Dans une deuxième période l'apparition d'une pleurésie à Streptocoques de la grande cavité retire tous les doutes, l'origine aiguë simple devient évidente, il n'est même plus possible d'envisager une forme mixte et l'absence des bacilles lors des examens répétés ainsi que la disparition rapide de l'ombre suspecte du sommet (Schéma III) élimine toute hypothèse de processus tuberculeux.

Puis dans une troisième période le problème se pose à nouveau, en effet l'apparition d'une nouvelle image faite d'un semis juxtaposé de taches de teintes et de tailles diverses occupant tout le lobe supérieur du poumon gauche (Schéma IV) ainsi que la persistance de la toux, l'asthénie de la malade nous oblige à envisager l'hypothèse d'une surinfection bacillaire, ce sont là des faits bien connus.

En effet, le Professeur E. Sergent, en 1932, dans la revue générale de clinique et de thérapeutique a publié un article montrant la relative fréquence du réveil de la tuberculose à la suite d'une suppuration pulmonaire.

Depuis cette époque les publications se sont multipliées : Léon Kurdberg en rapporte trois cas en 1934.



Schema III



Schema IV

En 1936, Barbier et Roux-Mathieu en signalent trois cas, puis ce sont Coffin et Truffier, et bien d'autres encore, tant en France qu'à l'étranger.

Dans le cas présent s'agissait-il d'un fait analogue ? Ici encore nous pouvons conclure à l'absence de toute bacillose puisque tous les examens de crachats ont montré l'absence de bacilles de Koch.

Evidemment nous connaissons des tuberculeux avérés qui à l'occasion d'un abcès pulmonaire à germes banaux ont vu disparaître les bacilles de leur expectoration, comme si l'abcès servait de réservoir aux bacilles de Koch, mais jamais cette disparition ne fut de longue durée, l'expectoration bacillifère réapparaissait à l'ouverture de l'abcès, que celui-ci se vide par vomique ou d'une façon progressive.

Cliniquement on peut conclure ici à une supuration pulmonaire à streptocoque : tout l'évolution plaide en faveur de ce diagnostic.

Or si l'on soumettait les films radiographiques illustrant cette évolution à un médecin ignorant tout de l'histoire clinique il est certain qu'il inclinerait vers la bacillose.

Le film initial (Schéma N° 1) pourrait peut-être le laisser perplexe. Mais à voir sur un film ultérieur le foyer limité du début remplacé par un semis diffus de taches non homogènes confluentes sur tout le lobe supérieur on ne peut que penser à la bacillose (Schéma N° 2), c'en est l'aspect radiologique typique, mais sur un film tiré plus tard toute cette infiltration du sommet a disparu, nous l'avons déjà

signalé, en même temps qu'on ponctionnait une pleurésie purulente surajoutée (Schéma N° 3).

Cette disparition d'une infiltration étendue à tout un lobe doit à elle seule faire écarter le diagnostic de bacillose, il n'entre pas *dans les habitudes de cette dernière maladie de procéder de la sorte à des nettoyages aussi rapides et aussi complets.*

Enfin, la réapparition ultérieure d'une image similaire l'infiltration de tout le lobe supérieur gauche bien que cette image fut à nouveau évocatrice d'une lésion bacillaire étant faite d'un semis juxtaposé de taches et de teintes, et de tailles diverses doit donner la certitude contre l'hypothèse de la bacillose *la tuberculose pulmonaire en effet, ne connaît pas de tels changements, de telles éclipses, de tels « remaniements »*. Ces remaniements au contraire sont bien connus dans les images radiologiques des suppurations pulmonaires, tous les auteurs y ont insisté et c'est sur ce rebrassage rapide des images radiologiques que se fait parfois un diagnostic jusque là hésitant.

Nous voyons donc qu'en réalité la série des films radiographiques de notre malade permet d'aboutir à un diagnostic radiologique assez précis. Toutefois il faut la série complète de ces films pour qu'apparaisse nettement ce diagnostic et certains films considérés séparément conduirait obligatoirement à l'erreur.

Retenons donc de cette observation :

1° Qu'un film seul ne peut servir à un diagnostic pneumologique, une série de films sera parfois nécessaire à cet effet.

2° Que des images radiologiques d'apparence bacillaires peuvent n'être pas dues à la bacillose, la clinique le prouve, et la suite de l'évolution radiologique en donnerait la preuve.

Reste un dernier à propos de cette observation, mais nous ne ferons que l'effleurer : Quelle sera l'évolution de cette affection ?

La malade est actuellement en bonne santé, mais elle garde un foyer en activité comme en témoignent les épisodes fébriles pendant lesquels ne paraît une expectoration dans laquelle abondent les streptocoques, on doit donc redouter un jour ou l'autre un nouveau réveil évolutif se faisant cette fois sur un mode majeur diffusant les lésions et risquant d'emporter la malade.

CHAPITRE II

ABCÈS DU POUMON SIMULANT UNE TUBERCULOSE FIBREUSE

L'observation précédente nous a montré qu'un abcès pulmonaire avait réalisé une image pseudo-lobaire identique à celle que l'on rencontre au cours de certaines bacilloses, l'observation que nous rapporterons maintenant grâce à l'obligeance du docteur Péliissier permettra de se rendre compte qu'une affection pulmonaire aiguë banale peut réaliser un aspect radiologique pseudo-tuberculeux différent.

Il s'agit d'un malade de 37 ans venu au dispensaire Léon Bourgeois le 25 février 1936, parce que depuis quelques semaines il souffrait d'une fatigue générale assez marquée, avec perte de l'appétit, ces troubles étaient accompagnés d'une toux légère, mais persistante, avec expectoration modérée et surtout inquiété par une poussée thermique à 39° qui dura huit jours, l'examen somatique demeura négatif, mais l'examen radiologique montrait : (Schéma V)

A gauche : le hile est très arborescent et on notait des travées intercléidohilaires avec grains et ta-

ches calcifiés et en regard du hile une image en cœur de carte à jouer.

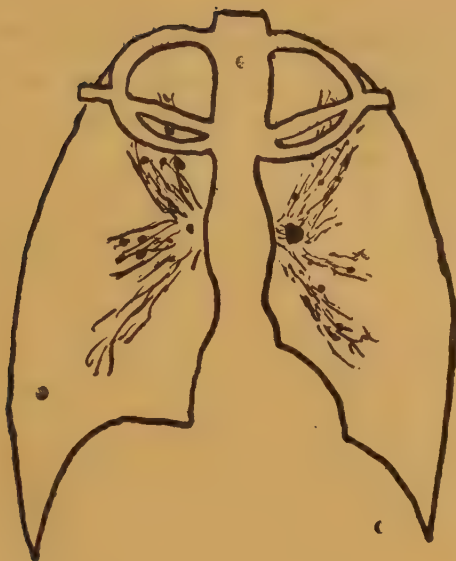
A droite : même aspect du hile et de la région intercléidohilaire, avec davantage de taches calcifiées à ce niveau.

L'absence totale de bacilles de Koch à l'examen direct des crachats et après homogénéisation ne permet pas de conclure d'une façon définitive à l'absence d'une tuberculose évolutive, et on est autorisé à penser à la possibilité d'une tuberculose pulmonaire fibreuse.

Mais on apprend que le malade a été opéré en 1930 à l'Hôtel-Dieu d'un ulcère d'estomac, opération qui fut suivie d'une congestion pulmonaire compliquée d'abcès du poumon de la base droite, cet abcès se draina d'une façon satisfaisante dans les bronches puisqu'après une vomique le malade guérit et jouit depuis d'une bonne santé habituelle malgré de fréquentes bronchites.

Le malade est alors mis au repos et on le surveille de très près.

Trois mois après, au cours d'un nouvel examen, le malade présente un état général satisfaisant, la température est normale, l'appétit est bon et il a repris 2 kg 600, il ne tousse plus, l'expectoration s'est tarie, mais un nouveau cliché confirme le dernier examen radiologique : travées sous-claviculaires à gauche et à droite avec de nombreux nodules calcifiés plus nombreux autour du hile



Schema v

droit. On ne trouve pas, cette fois encore, de bacilles dans les crachats.

Depuis le malade est suivi et son état général est excellent, il semble que sur le dernier cliché, à la date de novembre 1936, les travées intercleïdohilaires soient plus discrètes et tous les examens de crachats sont demeurés négatifs.

Chez ce malade, une affection pulmonaire aiguë, banale, a donc simulé une tuberculose fibreuse absolument typique comme aspect radiologique, le diagnostic ne put être fait que par les antécédents du malade et par l'absence totale de tous signes biologiques et bactériologiques de tuberculose.

A quoi est dû cet aspect ? probablement un accès assez diffus qui s'est arrangé spontanément est à la base de cette image que l'on observe actuellement.

CHAPITRE III

FAUSSE IMAGE DE CORTICO-PLEURITE RÉALISÉE PAR UN ABCÈS DU POUMON

Mais ces abcès de pseudo-tuberculose ulcéro-caséuse et fibreuse ne sont pas les seuls types radiologiques trompeurs que puisse donner les abcès du poumon, et dans le Bulletin Médical du 28 décembre 1935, André Jacquelin et Baudoin nous apportent l'observation d'un malade chez lequel, un abcès du poumon a réalisé un aspect de tuberculose cortico-pleurale absolument typique.

Il s'agit d'un homme de 53 ans hospitalisé le 20 mars 1935 pour une affection durant depuis près d'un mois.

Celle-ci a débuté par un « gros rhume » avec céphalée, point de côté diffus, toux sèche, dyspnée, température 38° à 38°5. Cet épisode dura quinze jours, mais son médecin frappé par l'asthénie progressive et par l'amaigrissement régulier du sujet le fit hospitaliser.

A son entrée en salle, l'aspect du malade fatigué, pâle, qui présente d'abondantes sueurs nocturnes, évoque l'idée d'une imprégnation bacillaire,

d'autant plus que dans ses antécédents on trouve quelques petites choses suspectes.

A 20 ans, au service militaire on lui découvrit une lésion pulmonaire ?

Il y a 6 ans, il fit une « grosse grippe » à convalescence très lente.

Après quelques jours d'hospitalisation, on voit apparaître une expectoration sans caractère spécial.

A l'auscultation, du côté gauche, on note des signes d'épanchement pleural :

Matité remontant jusqu'au niveau de la pointe de l'omoplate. Les vibrations sont très diminuées. Le murmure vésiculaire est aboli dans les 2/3 inférieurs du poumon, il existe de l'égophonie ; au sommet les signes d'auscultation sont normaux.

La ponction pleurale ramène un liquide citrin séro-fibrineux de formule :

Lymphocytes 65 %

Polynucléaires 35 %

A la radiographie on trouve une opacité régulière de la base gauche, à limite supérieure nette de Damoiseau.

D'après l'aspect de ce malade l'histoire semblait très nette, on pouvait penser qu'après une phase d'imprégnation bacillaire était apparue une tuberculose cortico-pleurale avec un épanchement à lymphocytes.

Mais le 27 mars apparaît un souffle tubo-pleural, il n'existait pas de Bacilles de Koch, ni à l'exa-

men direct, ni après homogénéisation, en revanche on trouvait dans les crachats une abondante flore microbienne :

Tétragènes, pneumocoques, pneumo-bacilles de Friedlander, staphylocoques.

Une formule sanguine fut pratiquée :

Globules rouges : 4,500.000.

Globules blancs : 8.000

Polynucléaires : 76 %,

Eosinophiles : 1 %,

Mononucléaires : 23,

On pratiqua une nouvelle ponction plus importante après laquelle on découvrit un foyer de râles humides à la partie moyenne du poumon gauche, une radiographie faite alors montra une image hydro-aérique caractéristique entourée d'une zone de condensation en dôme bien limitée avec à l'intérieur un niveau liquide mobile avec les mouvements du malade.

On put alors porter le diagnostic exact d'abcès du poumon ; celui-ci suffisamment superficiel, opéré dans de bonnes conditions, a guéri rapidement.

Dans ce cas, une suppuration pulmonaire a simulé une tuberculose pleurale pendant un certain temps de son évolution et l'erreur fut commise car cliniquement c'était un tableau de bacillose. Le laboratoire lui-même montrant 65 % de lymphocytes dans le liquide pleural contribuait à l'erreur.

Radiologiquement, c'était une image de tuber-

culose pleurale, nous y insistons, car cela une fois encore nous démontre qu'il n'y a pas d'image pleurale pathognomonique de telle ou telle affection et qu'en présence d'une semblable image il ne faut pas craindre de ponctionner la pleurésie pour découvrir derrière l'écran liquidien l'élément parenchymateux en cause (ce qui fut le cas ici).

Des trois observations précédentes, nous tireront la conclusion que les abcès du poumon, soit en évolution, soit cicatrisés, peuvent donner des images radiologiques pseudo-tuberculeuses.

Que toutes les formes de tuberculoses peuvent être simulées.

Quand la clinique permet de corriger le diagnostic c'est parfait, mais lorsque la clinique est trompeuse elle aussi, et c'est ce que l'on rencontre au cours d'abcès subaigus traînants, dès le début, sans fétidité pendant longtemps, on conçoit que l'erreur puisse être faite pendant un temps plus ou moins long.

DEUXIÈME PARTIE

**AUTRES IMAGES RADIOLOGIQUES
PSEUDO-TUBERCULEUSES**

Nous avons, dans le chapitre précédent, rappelé l'existence, au cours de suppurations pulmonaires à germes banaux, d'images radiologiques semblables à celles de la bacillose.

Il n'entre pas dans notre dessein, répétons-le, de délimiter le cadre de toutes les images pseudo-tuberculeuses en radiologie pulmonaire. Cependant, à côté des cas que nous avons reproduits plus haut, il paraît indispensable que nous fassions allusion rapidement à d'autres faits comparables mais liés à des étiologies différentes. Ce très court travail ne prétend pas être une revue générale, il doit se contenter d'attirer l'attention sur quelques aspects radiologiques pseudo-tuberculeux ; néanmoins, ce serait lui enlever une bonne part de sa portée pratique que de le réduire aux seuls cas résumés dans nos observations précédentes.

CHAPITRE PREMIER

GANGRÈNE PULMONAIRE

On a, dans ces dernières années, singulièrement élargi et approfondi le chapitre de la gangrène pulmonaire. On a appris à connaître les formes prolongées à rechutes successives et leur évolution à elle seule, dans certains cas, pourrait déjà simuler la bacillose, mais dans le seul domaine radiologique, la ressemblance existe aussi, et bien entendu elle expose fatalement à l'erreur de diagnostic, du moins pendant un certain temps de l'évolution

A. — *Lobite supérieure pseudo-tuberculeuse*

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, M. S..., malade depuis quelques mois, pendant lesquels il accuse de vagues douleurs thoraciques, de la toux, une expectoration très légèrement fétide, mais ce n'est que trois mois plus tard que le malade se décide à consulter à la suite d'hémoptysies de moyenne importance. Il avait maigri de sept kilos depuis le début de sa maladie.

Il toussait, et l'expectoration était abondante, à

ce moment on ne note aucune fétidité, ni des crachats ni de l'haleine.

A l'examen du thorax, on trouve de la matité au sommet droit, avec diminution de la respiration et quelques râles bulleux.

Un cliché pratiqué montrait (schéma 6) :

A droite, les deux tiers du poumon sont obscurcis par des taches de moins en moins homogènes à mesure qu'on descend, une ligne scissurale limite ce foyer, en bas l'image hilare est foncée et arborescente.

A gauche, apparence normale.



Schéma VI

La conclusion de l'examen fut: lobite supérieure droite.

Ce n'est que par la suite que nous sommes frappés:

1° Par l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, alors qu'en milieu anaérobie on trouve avec constance du *perfringens*, du *ramosus*, du *streptocoque* et du *staphylocoque*.

2° Par la fétidité périodique de l'expectoration et de l'haleine.

3° Par l'extrême variabilité des images au cours des examens radiologiques répétés.

Ces trois caractères permettent d'éliminer l'hypothèse de tuberculose et de rapporter tous ces faits à leur véritable origine.

Il s'agit sans aucun doute d'une gangrène diffuse subaiguë. Ce diagnostic se vérifia par la suite: en effet, six mois plus tard, on notait un effacement presque complet de tous les signes radiologiques et en 1929 on revoyait le malade avec un abcès gangréneux de la base droite.

B. — Aspect de lobite moyenne

Il s'agit d'un malade (1) qui vient consulter au dispensaire Léon Bourgeois, le 8 juillet 1936, parce

(1) Observation personnelle.

qu'il vient d'avoir, depuis les premiers jours du mois de juin, une série d'énormes hémoptysies, chacune d'elles durait 3 et 4 jours et comportait le rejet de plusieurs verres de sang à la fois avec des quintes de toux incoercibles avec à chaque crachement de sang une poussée thermique entre 38°5 et 40°. M. M... est venu consulter, subfébrile à 38° et crachant encore du sang, mais sous forme de crachats séparés.

Le malade est très amaigri : il a perdu 12 kilos en cinq semaines. L'examen somatique montre de la matité des fosses sus et sous-épineuses droite et sous-claviculaire droite.

On perçoit sous la clavicule des râles bulleux fins, surtout après la toux, en arrière il y en a beaucoup moins et on ne les entend qu'après la toux.

La radiographie révèle (schéma VII) :

A droite : un foyer foncé très homogène en forme de triangle à base pariétale à sommet hilaire, et dont la limite inférieure est une ligne scissurale extrêmement nette, c'est l'image typique d'une lobite moyenne, on pense à une bacillose d'autant plus que le malade s'est beaucoup fatigué les semaines précédentes ; avant les hémoptysies, il avait maigri, avait toussé et craché. Cependant, la recherche des bacilles dans les crachats homogénéisés demeure négative.

Le malade est envoyé au Sanatorium Paul-Doumer à La Bruyère. Là il est confié personnellement



Schema VII



Schema VIII

au docteur Fourès. Pendant sa cure, il refait des hémoptysies toujours abondantes avec poussées thermiques, dont une à 40°.

Son état général s'améliore, mais il tousse et crache toujours. 4 ou 5 examens de crachats sont négatifs, puis le malade quitte le Sanatorium pour aller à Passy (Haute-Savoie) en cure sanatoriale libre ; là, son état général se transforme : il engraisse de 8 kilos du 15 novembre au 1^{er} mars, mais néanmoins, il crache du sang avec poussée thermique à 38°5 ; quatre autres examens de crachats sont négatifs ; le médecin envisage alors la possibilité d'un cancer du poumon et le malade revient à Paris pour avis diagnostic.

Quand on revoit le malade, il a un bon état général, mais il tousse et crache toujours ; un nouvel examen radiologique montre une modification de l'aspect radiologique (schéma VIII). Le foyer a toujours la même forme, est toujours aussi homogène, mais a perdu beaucoup de sa densité.

C'est alors que l'on est frappé par :

1° Les doigts : depuis que l'on connaît le malade, les ongles étaient un peu bombés, mais en très peu de temps, il a fait un hippocratisme des doigts typique.

2° On l'interroge sur une fétidité possible et on apprend qu'au mois de février il a, au cours de la toux, rejeté deux crachats durs, compacts et d'une horrible fétidité.

3° On fait pratiquer par le Docteur Bonnet, chef de laboratoire de bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris, un examen des crachats qui montre : quelques spirilles et une flore anaérobie riche, abondante et variée.

La conclusion de cette observation sera vite tirée : il s'agit d'une gangrène pulmonaire diffuse à forme lobaire et à évolution subaiguë d'allure pseudo-tuberculeuse, tant par son évolution que par sa traduction radiologique.

Il est d'ailleurs à noter que cette gangrène pulmonaire s'est probablement greffée sur un état de sclérose pulmonaire et bronchique très ancien : ce patient avait été fortement gazé par l'ypérite en 1918 et depuis lors il était resté un scléro-emphysémateux avec poussées bronchitiques à répétition.

Il existe de nombreux cas analogues, mais nous ne voulons ici, répétons-le, que donner un aperçu pratique du problème.

C. — *Autres images trompeuses réalisées par la gangrène pulmonaire*

En dehors de ces cas de lobites pseudo-tuberculeuses, la gangrène diffuse à évolution traînante est capable de réaliser d'autres images qui, elles aussi, peuvent prêter à confusion.

On rencontre parfois des foyers diffus de taches non homogènes, le plus souvent péri-hilaires,

parfois à la base noyant la coupole diaphragmatique et la région sous-hilaire ; et ces foyers n'ont rien de différent de ceux qu'on observe au cours de certaines bacilloles.

Ou bien on observe une opacité très foncée occupant la base pulmonaire et réalisant une image pseudo-pleurétique très caractéristique d'autant plus que s'ajoutent des signes stéthacoustiques pseudo-pleurétiques.

Ces opacités très foncées sont probablement dues à des lésions parenchymateuses recouvertes d'une très épaisse coque de Pachypleurite.

Devant de telles images accompagnées souvent d'une histoire clinique traînante avec poussées fébriles, atteinte progressive de l'état général, des signes d'auscultation trompeurs, on conçoit que l'erreur est facilement commise pendant un temps plus ou moins long, mais on finira toujours par arriver à un diagnostic radiologique exact dans tous les cas :

En effet, en comparant les clichés du malade, on notera toujours un ou plusieurs des caractères essentiels de la gangrène.

1° Les remaniements rapides des images pulmonaires ;

2° Les creusements rapides.

3° Les nettoyagees qui sont fréquents dans la gangrène et se font avec une rapidité déconcertante.

Ces caractères ne sont pas le fait de la tuberculose et permettent de l'écarter avec certitude.

CHAPITRE II

IMAGES PSEUDO-TUBERCULEUSES RÉALISÉES PAR UNE MALADIE DE HODGKIN

La maladie de Hodgkin, ou plutôt le syndrome qui porte ce nom, a acquis au cours de ces dernières années une importance qui lui a fait tenir longtemps le premier plan de l'actualité médicale ; on a surtout appris à en connaître les aspects protéiformes, les localisations multiples et, parmi celles-ci, les localisations pulmonaires.

Que la maladie de Hodgkin puisse simuler la tuberculose, le fait est patent : l'allure clinique faite parfois de poussées successives, la fièvre, l'amaigrissement, les sueurs, peuvent composer un tableau pseudo-tuberculeux, s'il y a localisation pulmonaire et si les signes ganglionnaires et spléniques ne sont pas assez gros pour attirer l'attention, on voit combien l'erreur est facile avec une tuberculose pulmonaire.

En effet, les localisations pulmonaires de la maladie de Hodgkin peuvent donner des images radiologiques trompeuses.

Certes, typiquement, ce qu'on voit surtout, c'est une atteinte caractéristique du hile, avec de

grosses masses opaques, hilaires et médiastinales, et dans les champs pulmonaires autour du hile, des taches très foncées, très opaques qui semblent déployées en éventail autour de ce hile.

Mais il arrive que ne soient pas aussi franches les images massives hilaires qui font tout de suite penser à un syndrome de Hodgkin, et les taches situées en plein parenchyme, même si elles sont très foncées, très denses, n'offrent rien de bien spécial qui les différencierait des images habituelles de la bacillose.

Il n'y a là rien de neuf : ce sont des faits bien connus et bien étudiés, toutefois, si ces faits ne sont pas très fréquents, ils induisent facilement le clinicien en erreur et nous n'en voulons pour exemple que l'observation suivante :

M. X..., âgé de 42 ans, entre à l'hôpital Laennec dans le service du professeur Léon Bernard, pour un dyspnée très vive attribuée, dans un dispensaire anti-tuberculeux, à une perforation probable d'un pneumothorax thérapeutique. Celui-ci a été créé sept mois auparavant et depuis lors est régulièrement entretenu dans un dispensaire.

Or, les premières constatations manométriques et radiologiques prouvent qu'il n'existe pas de perforation pulmonaire au niveau du pneumothorax avec un collapsus total assez marqué, il n'y a pas non plus de signes d'insuffisance cardiaque pour expliquer une dyspnée permanente intense qui obli-

ge le malade à rester assis et même couché dans son lit. Par contre, on décèle :

1° L'existence d'une masse très opaque trouvée dans le médiastin à l'examen radiologique en position oblique.

2° Quelques ganglions cervicaux sous-claviculaires et axillaires des deux côtés, relativement isolés et non pas conglomérés en des sortes de masses compactes.

3° Une rate percevable sur plus d'un travers de main et même palpable aux forts mouvements respiratoires.

Comme on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats et que surtout on apprend que d'assez nombreux examens auraient été négatifs, on en vient à soulever l'hypothèse de Maladie de Hodgkin.

Les examens hématologiques vinrent à l'appui de ce diagnostic et surtout l'évolution ultérieure, mais ce qui est intéressant c'est qu'on pût examiner deux clichés tirés tout au début de l'affection avant l'installation du pneumothorax.

Ils montraient tous deux un semis de taches réunies en foyer autour du hile droit, ce foyer ne se différenciail en rien d'un foyer tuberculeux : il n'avait même pas une teinte plus foncée et le hile auquel il se rattachait était un hile à peine plus arborescent que normal, c'était véritablement une image pseudo-tuberculeuse.

Le malade en question est mort après trois mois de séjour à Laënnec, malgré radiothérapie et transfusion, après avoir présenté au grand complet tous les signes du syndrome de Hodgkin.

A l'autopsie il fut vérifié que le foyer de taches péri-hilaire droite correspondait bien à des lésions Hodgkiniennes microscopiquement authentiques et qu'il ne s'agissait pas d'une tuberculose associée à la maladie de Hodgkin.

CHAPITRE III

IMAGES RADIOLOGIQUES PSEUDO-TUBERCULEUSES RÉALISÉES PAR LE CANCER DU POUMON

Nous énoncerons un truisme en disant que le cancer pulmonaire apparaît désormais beaucoup plus fréquent qu'on ne le croyait jadis.

Les nombreuses études qui lui ont été consacrées ces dernières années ont toutes fait allusion aux difficultés du diagnostic. En effet, le cancer peut frapper des sujets relativement jeunes, peut durant un temps assez long (des mois) leur laisser un aspect floride et enfin dans nombre cas la radiologie n'obtient que des images banales, nous voulons dire par là n'ayant rien de pathognomoniques.

En effet il est des cas où le cancer primitif du poumon donne des images un peu spéciales : tantôt masses de grosse taille, de très forte opacité à contours irréguliers siégeant n'importe où dans le champ pulmonaire, tantôt masses semblables, peut-être encore plus foncées et plus confluentes siégeant à la base et réalisant presque un aspect pseudo-pleurétique. Il est bien entendu qu'on ne peut sur ces seuls aspects penser d'emblée au cancer : on doit simplement être mis en éveil par ces images un peu particulières.

Mais d'autres fois il n'y a même pas de caractères un peu spéciaux pour attirer l'attention. Chez certains malades on voit des semis plus ou moins diffus de taches dont l'aspect, la teinte, la disposition rappellent exactement ce que l'on voit dans la tuberculose ; chez d'autres enfin, fait plus curieux encore, l'image radiologique est celle d'une lobite. Nous nous bornerons à citer un exemple de chacun de ces deux cas :

A) Cancer primitif du poumon. Image radiologique pseudo-tuberculeuse. Erreur de diagnostic avec la bacillose.

Il s'agit d'une femme de 36 ans qui est adressée à l'hôpital Laënnec au docteur Pellissier dans le service du professeur Léon Bernard pour une hémoptysie de moyenne abondance survenue quelques jours auparavant.

On constate l'existence d'un foyer de taches non homogènes assez confluentes occupant les régions sus et sous-claviculaires du côté droit.

A l'auscultation des bouffées de râles humides,

Puis, comme l'état général commence à s'altérer, qu'une température élevée semble indiquer l'évolutivité du cas et comme aussi cette femme vit dans des conditions d'hygiène déplorables en contact permanent avec un mari tuberculeux, on pose le diagnostic de bacillose pulmonaire unilatérale et on créa un pneumothorax thérapeutique.

Notons bien que plusieurs examens de crachats avec homogénéisation étaient restés négatifs, ce qui n'avait pas manqué d'étonner.

Le pneumothorax thérapeutique parût un moment efficace puisque la température redevint normale et que la malade quitta l'hôpital après un séjour de six semaines.

Mais quelques semaines après elle eut de nouvelles hémoptysies puis, quelque temps encore après on vit apparaître de nouvelles taches au sein du moignon comprimé et en 15 jours ce moignon devint tout entier d'une opacité d'encre. De très violentes hémoptysies obligent à hospitaliser à nouveau la patiente, elle meurt deux semaines après au milieu d'un syndrome dyspnéique et cachectique fébrile et, à l'autopsie, la preuve est faite qu'il s'agissait d'un épithélioma pulmonaire caractéristique.

B) Cancer primitif du poulmon. Image radiologique de lobite supérieure droite. Erreur avec la tuberculose pulmonaire. Evolution prolongée.

M. S..., âgé de 47 ans, est examiné à l'hôpital Necker par le Docteur Pellissier à la suite de l'émission de quelques crachats sanglants.

Il s'agit d'un obèse qui n'a ressenti aucun symptôme fonctionnel, dont l'état général est bien conservé et chez qui l'on a la surprise de voir derrière l'écran et sur le film une image absolument typique de lobite supérieure droite ; bien qu'à plusieurs reprises l'homogénéisation ne décèle pas de

Bacilles de Koch dans les crachats, on pose le diagnostic de tuberculose pulmonaire fibreuse torpide.

Au bout de six mois de repos à la campagne cet homme reprend son travail de tourneur sur métaux, ce n'est qu'un an après le premier incident qu'il est à nouveau examiné ayant encore craché un peu de sang. On revoit exactement la même image de lobite supérieure droite, l'état général n'est pas plus touché que précédemment.

Il faut attendre encore six autres mois pour que l'évolution change d'allure.

Le malade se met alors à tousser, à cracher, à être fatigué, à maigrir un peu, et la température, par phases de 7 à 8 jours, monte vers 38°5, 39°. Mais on ne trouve toujours pas de bacilles de Koch dans les crachats.

En deux ou trois mois la déficience de l'état général augmente intensément et le malade est confiné au lit. Comme il est logé à l'hôpital Necker, on le transporte aisément derrière l'écran radiologique et on constate toujours la présence de la lobite supérieure droite, mais dans le lobe inférieur un peu au-dessus du diaphragme, on voit aussi une masse vaguement arrondie, extrêmement foncée et d'aspect tellement insolite qu'on pense au cancer possible.

En effet, lorsque la mort survint peu après, on obtint de pratiquer l'autopsie, qui prouva que cette lobite typique était bien une lobite cancéreuse.

CHAPITRE IV

IMAGES PSEUDO-TUBERCULEUSES AU COURS DE LA SYPHILIS PULMONAIRE

Au contraire du cancer, la syphilis pulmonaire semble être beaucoup moins fréquente qu'on ne le disait jadis, c'est au point que certains pneumologues semblent douter de son existence réelle ou tout au moins de sa rencontre en pratique.

A la vérité il semble qu'on ait bien plus souvent l'occasion de discuter le rôle d'une syphilis ancienne dans une sclérose pulmonaire ou pleuropulmonaire, ou de discuter le rôle d'une syphilis associée dans des lésions de tuberculose fibreuse que de poser vraiment le diagnostic de syphilis pulmonaire pure.

Nous allons résumer l'observation d'un malade suivi au dispensaire Léon Bourgeois.

On le crut d'abord atteint de lésions tuberculeuses du poumon, mais jamais on ne put faire la preuve de cette bacillose, alors que la syphilis paraissait être au contraire en cause. Il est certes difficile dans ce cas de prouver qu'il s'agit de syphilis seule. Le traitement d'épreuve entrepris, s'il a amé-

lioré l'état pulmonaire, n'a pas nettoyé les lésions, mais comment pourrait-il en être autrement puisqu'il s'agit de lésions scléreuses anciennes ? On ne voit pas davantage le traitement résoudre les scléroses aortiques, rénales ou hépatiques d'origine spécifique.

En pratique il semble bien s'agir de lésions pulmonaires dont les images radiologiques étaient celles de la tuberculose fibreuse sans que jamais la tuberculose fut trouvée alors que la syphilis était en cause et que le traitement spécifique avait une action heureuse.

Il s'agit d'un homme de 48 ans, M. C..., qui depuis des années est sujet à des bronchites à répétition, il fut réformé pendant la guerre à 85 % pour sclérose pulmonaire bilatérale.

Examiné une première fois en 1926 au dispensaire Léon Bourgeois, à la suite d'une poussée de bronchite tenace, on lui trouva à l'examen radiologique une opacité des deux champs pulmonaires avec exagération des ombres périhilaires.

Une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée est positive. Le malade est traité au moyen d'une série de Novarsénobenzène, 6 injections de 0,15 à 0,75 ctgs, et se trouve fortement amélioré par ce traitement. Il est à noter que plusieurs examens de crachats ne révèle pas la présence de bacilles de Koch.

Puis, pendant une période de dix ans on ne re-

voit plus le malade, qui a repris son travail et qui bénéficie d'une bonne santé, à part quelques bronchites fréquentes et une laryngite chronique qui, d'après un examen laryngologique, serait due à une infiltration épiglottique spécifique.



Schéma IX

Le malade revient au dispensaire Léon Bourgeois en 1936, parce qu'il se sent fatigué, parce qu'il s'essouffle au moindre effort et parce qu'il a maigri.

L'examen du thorax ne révèle que des signes banaux de bronchite.

L'examen radiologique révèle (Schéma IX) :

A droite : quelques travées fines et un piqueté fait de toutes petites taches tout autour du hile ;

A gauche : un gros foyer de tachettes extrêmement fines tout autour du hile, avec un aspect un peu particulier de leur disposition : elles semblent délimiter une vaste cavité et on se demanda à ce moment s'il ne s'agit pas d'une spélouque.

Cependant des examens répétés des crachats ne montrèrent pas de bacilles de Koch après homogénéisation. Une inoculation au cobaye demeure négative.

On refait une réaction de Bordet-Wassermann qui est négative.

On décide alors de soumettre le malade à un traitement d'épreuve anti-syphilitique et on revoit le malade après ce traitement.

On retrouve un aspect radiologique de même ordre.

A droite : toujours de petites tachettes granuleuses autour du hile.

A gauche : un foyer de taches périhilaires diffuses avec aspect pseudo-cavitaire.

Mais, fait capital : l'ensemble est considérablement diminué par rapport aux images précédentes.

De plus l'état général du malade s'est amélioré et il a noté la disparition des gênes fonctionnelles qu'il éprouvait.

CHAPITRE V

CARDIOPATHIES. ET IMAGES PSEUDO-TUBERCULEUSES.

C'est un chapitre beaucoup moins connu que celui des images radiographiques anormales dans le poumon des malades atteints de cardiopathies. Une thèse toute récente de H. Sauvage a pour la première fois étudié de près les aspects radiologiques pseudo-tuberculeux du poumon cardiaque. « Dans ces dernières années on a, dit Sauvage, attiré l'attention sur des faits curieux et trompeurs : chez les cardiaques le retentissement pulmonaire de la cardiopathie est capable de provoquer la formation d'images radiologiques persistantes exactement semblables aux images de tuberculose pulmonaire. »

Cet auteur montre dans sa thèse que dans les cardiopathies on trouve des images anormales :

a) Au niveau des régions hilaires, et il s'agit alors de stase ou d'artérite pulmonaire ;

b) Dans le parenchyme pulmonaire, et ce sont ces images qui sont les moins connues et les plus trompeuses, elles offrent plusieurs types : images en nappe, en plage, granulée, pointillée, microno-

dulaire, nodulaire, etc. ; elles ressemblent singulièrement aux images radiologiques de la tuberculose et Sauvage rapporte des observations détaillées typiques, comportant toutes des erreurs de diagnostic, et nous désirons souligner la conclusion ultime qu'il dégage de l'existence de ces images pseudo-tuberculeuses du poumon au cours des cardiopathies : « C'est la preuve, dit-il, qu'il n'y a pas d'image pulmonaire pathognomonique et que toute image radiologique ne vaut que par l'interprétation qu'on en donne et par l'étiologie qu'on peut lui assigner grâce au secours de l'enquête clinique. »

On ne saurait mieux dire, en tout cas, pour illustrer la thèse de Sauvage. Voici un cas récemment observé à l'hôpital Laënnec :

M. X..., 34 ans, a été examiné au dispensaire Léon Bourgeois en 1932, on ne lui a trouvé aucune lésion pulmonaire mais on a confirmé l'existence d'une maladie mitrale rhumatismale qui avait été dépistée quelques années plus tôt.

En février 1937 cet homme rejette quelques crachats sanglants ; son médecin traitant, soupçonnant la bacillose, l'envoie à nouveau au dispensaire Léon Bourgeois. Là, on ne prête pas attention à la cardiopathie, et quelques travées observées entre clavicules et hile droit font croire à une bacillose. Mais le malade va alors demander avis au premier médecin qui l'avait examiné en 1932 au dispensaire Léon Bourgeois ; celui-ci constate qu'il n'y a pas de

température, pas d'amaigrissement, que les homogénéisations de crachats restent négatives, que l'auscultation pulmonaire est parfaitement normale et il note au contraire l'existence non seulement des signes de la cardiopathie mitrale mais aussi une légère défaillance cardiaque, les quelques travées et taches observées dans le champ pulmonaire droit sont en réalité liées à la cardiopathie elle-même et ressortissent probablement à la stase, à l'œdème actif et sans doute à un certain degré d'artérite pulmonaire comme Sauvage l'a montré dans sa thèse, d'ailleurs il a suffi de donner des tonicardiaques au malade mis au repos pour que s'effacent entièrement les taches anormales sous la clavicule droite, cet effacement après administration de toni-cardiaques reste l'un des meilleurs arguments pour prouver qu'il s'agit bien d'images radiologiques pseudo tuberculeuses liées à l'existence de la cardiopathie.

CONCLUSIONS

1° On connaît depuis longtemps déjà des images radiologiques semblables à celle de la tuberculose pulmonaire et dues à d'autres affections. Cependant, on ne pense pas assez à ces images pseudo-tuberculeuses qui font commettre trop d'erreurs.

Nous avons seulement voulu rappeler quelques unes de ces causes d'erreurs en les illustrant chaque fois d'un exemple concret.

2° Les suppurations pulmonaires à type d'abcès localisés ou diffus dûs à des pyogènes banaux non anaérobies ne semblent guère à priori pouvoir se traduire par des images radiologiques proches de celles de la bacillose ; le fait est pourtant possible et nous en rapportons trois exemples typiques.

3° Nous avons également pu relever des cas où des images radiologiques prises comme témoin de lésions tuberculeuses étaient en réalité dues à des lésions de : gangrène pulmonaire, Maladie de Hodgkin, cancer primitif du poumon, syphilis pulmonaire ou bien traduisant le retentissement pulmonaire d'une cardiopathie.

4° Comme on l'a déjà dit et récemment encore

en d'autres circonstances, ces faits donnent la preuve que les images radiologiques du poumon ne sont, en pratique, jamais pathognomoniques, ce ne sont que des images et elles ont besoin d'être interprêtées à la lumière des constatations cliniques.

Il reste, en pratique, qu'on doit se garder devant toute image radiologique anormale du poumon de conclure systématiquement à la bacillose, alors que bien d'autres causes peuvent dessiner de semblables aspects.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- P. ARNOULD. — Aspect pseudo-tuberculeux des gangrènes pulmonaires (Thèse, Paris 1930).
- BARBIER, ROUX, MATHIEU. — Deux cas de bacilliose pulmonaire tardive après guérison d'abcès du poumon (Journ. Méd. de Lyon, 20 avril 1936).
- LÉON BERNARD et PELLISIER. — Les suppuration gangréneuses du poumon (Les Actualités Médicales, 1933).
- BEZANÇON et AZOULAY. — Les aspects radiologiques des suppurations pulmonaires. (Monographies de la Médecine, 1929).
- BEZANÇON et E JONG. — Rapport du XXIII^e Congrès de Médecine de Nancy sur la fréquence des gangrènes subaiguës.
- COFFIN et TRUFFERT. — Abscess et tuberculose pulmonaire (Arch. Hospitalières, N^o 5, 1936).
- CULTY SOUSTY. — A propos d'un cas d'abcès du poumon chez un ancien tuberculeux (Sté de Méd. Mil. Française).
- E. E. GLENN. — Lung abscess, its differentiation from pulmonary tuberculosis (J. Missouri, M.A.26, July 1929).
- R.A. IZZO, J.B. FERRADAS. — Abscesso y tuberculosis del pulmon (Sem. medic. 7 nov. 1935).
- Al. JACQUELIN, A. BAUDOIN. — Les formes pseudo-tuberculeuses des abcès du poumon (Bull. Méd. 28 déc. 1935).
- Michel-Léon KINDBERG. — Abscess du poumon et tuberculose (La pratique Méd. Franç. N^o 6, Avril 1934).
- M. L. KINDBERG, H. BLINDER. — Tuberculose consécutive à une suppuration pulmonaire. (Bull. Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 10 Février 1936).
- LEMIERRE et LÉON KINDBERG. — Etudes cliniques sur les gangrènes pulmonaires (Annales de Médecine, 1924).

- F. MURRAY. — Lung Abscess and tuberculosis (Am. Rev. Tuberc. Féc. 1936).
- E. SERGENT. — Suppuration pulmonaire et réveil de tuberculose pulmonaire.
- SAUVAGE. — Thèse Paris, 1936, Aspects Pseudo-tuberculeux du poumon cardiaque.
- E. SERGENT. — I. Gaspar. Suppuration putride de poumon et réveil de tuberculose pulmonaire. Arch. Med. Chir. de l'appareil respiratoire, 1933.
- TETE, CULTY. — Forme pseudo-tuberculeuse d'un abcès du poumon à son début. Sé. de Med. Mil. Française, 14 mai 1936.
- P. ZOELCH. — Gleichzeitiges Vorkommen von Lungenabszess und Tuberculoher infiltrierung (Ztschr. F. Tuberk., 1935).

